

***DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROGRAMIE „ZA ŻYCIEM” w roku 2024***

Ja niżej podpisany

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*imię i nazwisko prawnego opiekuna składającego deklarację*

deklaruję chęć przystąpienia mojego dziecka do udziału w rządowym Programie „Za życiem” realizowanym przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Płońsku, ul. Wolności 8/10 w ramach zadań ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego

1. **Dane dziecka**

Nazwisko i imię dziecka:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data urodzenia:

Numer PESEL dziecka:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pełny adres zamieszkania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Żłobek/Przedszkole: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Moje dziecko:**

jest dzieckiem **niepełnosprawnym**, posiadającym (*zaznaczyć odpowiednie, dokument załączyć do* *deklaracji*):

* opinię o wczesnym wspomaganiu rozwoju
* orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
* orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
* zaświadczenie lekarskie zgodne z ustawą „Za życiem”
* orzeczenie o niepełnosprawności

jest dzieckiem **zagrożonym niepełnosprawnością** z uwagi na poważne problemy rozwojowe lub zdrowotne (*do deklaracji dołączyć dokumentację medyczną, psychologiczno-pedagogiczną uzasadniającą* *oświadczenie)*

W przypadku, gdy dziecko jest objęte **zajęciami wczesnego wspomagania rozwoju proszę wskazać placówkę,** która je prowadzi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kontakt tel**. do Rodzica/Prawnego Opiekuna, składającego deklarację: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Proszę o objęcie mojego dziecka zajęciami:
	* Psychologicznymi
	* Pedagogicznymi
	* Logopedycznymi
	* Neurologopedycznymi
	* Terapią WWR
	* Integracji sensorycznej
	* EEG Biofeedback
	* Rehabilitacyjnymi
	* Terapią TUS

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*miejscowość, dnia podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację*

*Oświadczam, iż:*

1. *Zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie*
2. *Zostałem poinformowany, iż mój udział w Programie jest bezpłatny oraz uczestniczę w projekcie finansowanym ze środków publicznych.*
3. *Mój udział w Programie jest dobrowolny.*

*podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację*

*Oświadczam, iż moje dziecko nie jest objęte zajęciami terapeutycznymi w ramach „Programu za życiem” w innym ośrodku.*

*podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację*

*Świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy oświadczam, iż dane podane w Deklaracji uczestnictwa w Programie „Za życiem” są zgodne z prawdą.*

*podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację*

***ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH***

*Wyrażam zgodę na przetwarzania danych osobowych moich i mojego dziecka w zakresie obejmującym:*

1. *dane osobowe (imię i nazwisko, PESEL, adres),*
2. *dane kontaktowe (adres, nr telefonu, adres mailowy),*
3. *dane dotyczące problemów zdrowotnych i rozwojowych dziecka (kody ICD-10)*
4. *szczegółów dotyczących wsparcia (data rozpoczęcia i zakończenia udziału w programie, rodzaju i zakresu otrzymanego wsparcia, oceny efektywności),*
* *wizerunek dziecka w celach realizacji programu.*

*przez Administratora Danych, którym jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Płońsku, Płońsk, ul. Wolności 8/10.*

*Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji programu „Za Życiem”, w szczególności w celu: ustalenia rodzaju i zakresu wsparcia, monitoringu i ewaluacji wsparcia, kontroli, audytu i sprawozdawczości, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków oraz w zakresie niezbędnym, uzasadnionym celem. Wyrażam także zgodę na przekazywanie moich danych innym podmiotom, jeśli zachodzi taka potrzeba w związku z realizacji ww celów.*

*podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację*